



INR Instituto Especializado de Rehabilitación
"Dra. Adriana Rebaza Flores"

EPIDISCAPACIDAD



www.inr.gob.pe

VIGILANCIA COMUNITARIA PARA REDUCIR DISCAPACIDAD

La Rehabilitación Basada en la Comunidad es una estrategia de desarrollo comunitario, que impulsa el liderazgo y la participación de las propias personas con discapacidad, de sus familias, organizaciones y comunidades. Así todos se convierten en actores del proceso de rehabilitación, dejando el esquema tradicional de receptores pasivos de ayuda. Al mismo tiempo el proceso de sensibilización en el uso de recursos de rehabilitación disponibles dentro de la comunidad, como de la transferencia de los conocimientos a sus miembros acerca de las discapacidades y las actividades de rehabilitación, les permite efectuar acciones de vigilancia de nuevos casos de discapacidad o signos de sospecha, como de los riesgos del eco entorno, que pueden afectar a su comunidad".

El valor agregado de la mencionada estrategia radica en un mejoramiento de la calidad de vida como de las acciones de intervención tempranas sobre procesos invalidantes. Además en una perspectiva Sanitaria Integral, los otros actores sociales, como Educación, Desarrollo de la Mujer, Municipalidades, Entidades Confesionales entre otras que interactúan con las Comunidad, pueden disponer de mejor información y orientar mejor sus actividades y recursos, sea para la prevención o para aminorar la carga de discapacidad.



REHABILITACION BASADA EN LA COMUNIDAD: UNA ESTRATEGIA PARTICIPATIVA

En 1981, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Ginebra, acuerda oficialmente aplicar la estrategia de RBC en todos los continentes, como modalidad de rehabilitación que no necesita de personal ni equipamiento especializado, que es centrado en la comunidad y utiliza los recursos éstos pueden proveer, y toda situación en la que los recursos de rehabilitación se hallen disponibles dentro de la comunidad; ello implica la transferencia de conocimientos a las personas con discapacidad, sus familias y miembros de la comunidad.

Como la participación comunitaria en la planificación, toma de decisiones y evaluación del programa y la promoción de los derechos y la participación de las personas con discapacidad y fortalecer el papel de sus organizaciones.

VIGILANCIA BASADA EN SALUD PUBLICA DE LA DISCAPACIDAD



Procesos y Trayectorias de Discapacidad :

Basado el planteamiento en el modelo causal de discapacidad, se presta especial atención a los procesos, sus orígenes y a sus trayectorias. Una vez iniciado un proceso tiene sentido conocer como progresa, que diferencias se encuentran si se entra siendo joven o siendo mayor, que pronostico evolutivo perciben a sus problemas. Si se precisa conocer una breve descripción de los tipos de discapacidad que afectan al colectivo de personas maduras y de edad, el momento de entrada, es decir la probabilidad de caer en una discapacidad a una determinada edad.

La combinación de calendarios de entrada descubre unos patrones de discapacidad, que gradúan u ordenan las diferentes discapacidades; en unas se entra antes, en otras después y cuando se alcanzan problemas para cuidar de uno mismo, es cuando se alcanza el mayor grado deterioro y la pérdida de autonomía; el cual es el indicador mas claro de dependencia. La Co-discapacidad permite conocer asociaciones de dificultades y avisa del elevado numero de problemas que padecen cada persona , es un asunto de importancia para el diseño de ayudas concretas.

Todas las discapacidades tienen una deficiencia de origen, y esta un problema inicial que la provoco (congénito, perinatal, accidente o enfermedad común). La enfermedad se revela como la principal causa, el principal mecanismo de disparo del proceso discapacitante. Por ello discapacidad y enfermedad se asocian estrechamente, y de ahí en parte la dificultad metodológica de diferenciar ambas y la dificultad para el diseño de políticas de intervención.

Los Riesgos de Discapacidad:



Además de los determinantes biomédicos de las enfermedades que ocasionan discapacidad y del modelo de causalidad aceptado, existen una serie de antecedentes socio demográficos, de hábitos de vida, de salud o económicos que pueden actuar como factores de riesgos o predisposición para caer en la discapacidad.

Su conocimiento permite trasladarlos a estrategias de intervención y a políticas preventivas. Un análisis estadístico sobre numerosas variables permitirá conocer mejor los factores de riesgo personales. El conocimiento de los determinantes de las condiciones de vida de las personas, evitar riesgos y contribuir a la formulación de políticas sanitarias y sociales de prevención de los mismos.

Pero los individuos no solo están sujetos a este tipo de riesgos. El entorno inmediato, el barrio, la comunidad, incluso el distrito o provincia donde viven pueden ser condicionantes de sus procesos discapacitantes y de la evaluación de su situación. No es lo mismo ser población de riesgo en un distrito grande que en otro pequeño, ni es lo mismo tener discapacidad en medio rural pero en una provincia de gran ruralidad en su conjunto, que en otra de alto índice urbano. Los factores ambientales también contribuyen a explicar las diferencias de las tasas de discapacidad y las redes de atención que deben y/o pueden organizarse.

UNA REVISION DEL CONCEPTO DE DISCAPACIDAD

El concepto de discapacidad se refiere al impacto que las condiciones crónicas o agudas tienen sobre el funcionamiento de sistemas corporales específicos, y de forma general sobre las habilidades de las personas para actuar de la forma necesaria, usual esperada o personalmente deseada, en su medio social.

El termino discapacidad en general cubre todas las consecuencias de las limitaciones funcionales, cognitivas o emocionales para el funcionamiento y la participación del individuo en el medio físico y social en el que se desarrolla su vida.

En el enfoque tradicional de la discapacidad muy ligado el modelo medico, entiende esta en o dentro del individuo; Esta aproximación ha conducido a que la mayor atención se haya centrado en el individuo, pero relegando los factores sociales y del medio en que se desenvuelve su vida que puede aumentar o disminuir la autonomía o independencia de las personas con problemas.

El modelo social trata de colocar a la discapacidad en su contexto social, en la relación entre la persona con sus problemas físicos o mentales y el medio que la rodea; las intervenciones por tanto habrían de incidir más en corregir las barreras y obstáculos que encuentra la persona con discapacidad en su desenvolvimiento diario. Este enfoque también considera que las personas deben participar mas en cuestiones que afectan sus vidas, que esperar pasivamente la recepción de cuidados o servicios sanitarios y de otro tipo.

ESQUEMAS DE TRABAJO

La discusión conceptual en todo el proceso de la discapacidad produjo durante las pasadas décadas varios esquemas de trabajo utilizados, pero también ampliamente discutidos.

1. Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías

Uno de los esquemas teóricos con un mayor impacto y en el que todavía se basan de una forma importante muchas de las clasificaciones utilizadas en la actualidad es la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM) desarrollada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1980. Esta clasificación fue diseñada en paralelo a la Clasificación Internacional de Discapacidades, con la que comenzó la codificación de discapacidad usada en Medicina y en las estadísticas sanitarias.

La CIDDM tiene tres conceptos centrales: deficiencia, discapacidad y minusvalía; para cada uno de las cuales provee un inventario de numerosos títulos específicos. La Clasificación ha facilitado la discusión internacional sobre la discapacidad y ha promovido la existencia de estadísticas similares y comprables en distintos países. A pesar de su aceptación política recibió numerosas críticas al no ser un modelo conceptual sino una clasificación de la enfermedad y de las condiciones de salud.

Fueron muchos los investigadores que tuvieron problemas para usarla como base para el desarrollo de hipótesis de estudio, citando habitualmente problemas de claridad conceptual, consistencia interna y flexibilidad para la medición mediante encuestas (Robine y Jagger, 1999; Simeonsson, 2000 y Badley , 2002)



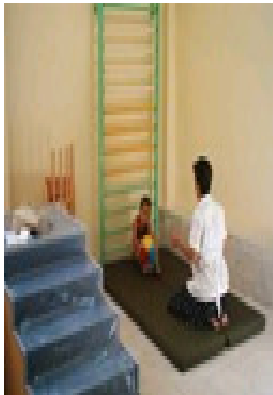


En la terminología de la CIDDM de 1980, la discapacidad se define como toda restricción o ausencia (debido a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano. En este marco conceptual la deficiencia es una pérdida o disfunción a nivel del cuerpo (órgano, tejido o sistema corporal), representa la exteriorización de una patología; la discapacidad es una limitación en la acción, una incapacidad para realizar actos elementales o complejos, refleja los trastornos o problemas a nivel de la persona, del individuo en su conjunto; la minusvalía o desventaja es la dificultad que la persona puede encontrar en el ejercicio de sus papeles sociales, de sus actividades ; Es una consecuencia de las características del medio natural o social y de las del individuo . La desventaja social o minusvalía es un concepto atractivo porque se centra en el impacto del problema en un determinado contexto social del individuo (Murria y López, 1996)

2. Esquema de Saad Nagi.-

Es el segundo esquema con una amplia difusión y una mayor aceptación en la investigación científica, fue concebida y desarrollada por el sociólogo S. Nagi (Nagi, 1964, 1965, 1991). En el existen 4 conceptos centrales: patología activa, deficiencia, limitación funcional y discapacidad, que cubren aproximadamente el mismo espectro del esquema CIDDM. La teoría sociológica con la que Nagi trabaja no tiene intereses clasificatorios sino que el esquema aporta un espectro teórico general que puede ser adaptado y operativizado en el desarrollo de distintas investigaciones específicas.

3. Esquema de Verbrugge y Jette.-



El tercer modelo es el desarrollado por Verbrugge y Jette (1994), este esquema está asimismo fundamentalmente basado en el modelo de Nagi, siendo una extensión y elaboración de dicho esquema, que se había demostrado hasta esa fecha especialmente útil para la investigación en discapacidad. Este modelo presenta una gran capacidad de adaptación a distintos enfoques, intereses y situaciones. Adaptabilidad que lo ha convertido en el esquema más utilizado en la actualidad en la investigación sobre la discapacidad.

4. Clasificación internacional del funcionamiento y de la Salud.-

Empujada por las críticas derivadas de estos modelos conceptuales y algunas otras, la OMS preparó una revisión extensiva de la primera clasificación. En el año 2001 aprobó la nueva clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y la salud (CIF). La nueva clasificación (CIF) reconoce el hecho de que el diagnóstico de las enfermedades no es suficiente para describir el estado de funcionamiento del individuo y para predecir, y guiar y planificar las necesidades del mismo.

La nueva óptica adaptada propone enfocarse en los componentes del funcionamiento humano y sus consecuencias sobre la participación social del individuo, en lugar de las consecuencias de la enfermedad

Oficina de Epidemiología—INR
Jr. Santiago Vigil 535
Bellavista - Callao
Teléfono: 0511-4299690
Anexo : 313

**MISIÓN DEL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN
“Dra. Adriana Rebaza Flores”**

Debe lograr el liderazgo a nivel nacional e internacional en el desarrollo de la investigación científica e innovación de la metodología, tecnología y normas, para su difusión y aprendizaje por los profesionales y técnicos del Sector Salud, así como en la asistencia altamente especializada a los pacientes que la requieran e incrementar y sistematizar la interrelación científica internacional en el campo de la Rehabilitación.

“¡Que años malos paso Fernando Lázaro Carreter antes de llegar a la muerte!. La depresión, decían ; y yo creía que no era depresión, sino la angustia por las piernas entumecidas, por las vértebras aplastadas; eran los dolores innecesarios, las imposibilidades : andar, a veces escribir, salir de una operación para entrar en otra lo cual no es solo el horror del quirófano, sino la sensación de que la cura, luego el no llegarán nunca”

(Eduardo Haro “Fernando” El , 05-03-04)

